

# Condizioni di rischio che impattano sull'allattamento al seno

## Attivazione secretoria («montata latte»)

Avviene normalmente tra le 24 e le 72 ore dopo il parto. Dà inizio all'aumento di maggiori volumi di latte.<sup>1</sup>

## Attivazione secretoria ritardata

Viene definita come la percezione scarsa o assente della pienezza del seno o di perdite  $\geq 72$  ore dopo il parto.<sup>1</sup>

## Complicanze dell'attivazione secretoria ritardata

Le donne che manifestano un'attivazione secretoria ritardata hanno il 60% di probabilità in più di interrompere l'allattamento al seno a 4 settimane.<sup>2</sup>

Oltre il 40% delle madri è a rischio di attivazione secretoria ritardata.<sup>3</sup>



## Alcune condizioni o circostanze mettono le madri a rischio di attivazione secretoria ritardata

Questi fattori di rischio devono essere valutati prima e dopo il parto, in quanto possono avere un impatto negativo sull'allattamento al seno e sulla produzione di latte

### Molti di questi fattori di rischio possono essere valutati prima del parto:



- Obesità materna<sup>4-6</sup>
- Diabete<sup>1,7</sup>
- Età materna superiore ai 30 anni<sup>1,7</sup>
- Intervento di riduzione del seno<sup>8</sup>
- Primiparità - Prima gravidanza<sup>1,7,9</sup>
- Taglio cesareo pianificato<sup>10</sup>
- Induzione del travaglio (IOL): rispetto alle donne con travaglio spontaneo, quelle con induzione di travaglio hanno maggiori probabilità di avere parti cesarei, epidurali, episiotomie ed emorragia post-parto (PPH)<sup>9,11</sup>

### Alcuni fattori di rischio possono presentarsi durante o dopo il parto:



- Taglio cesareo non pianificato/di emergenza<sup>10</sup>
- Travaglio e parto stressanti o prolungati<sup>3,12-14</sup>
- Stress psicossociale/dolore<sup>1</sup>
- Emorragia post partum (PPH)<sup>1,15</sup>
- Neonato prematuro o prematuro tardivo<sup>1,16</sup>
- Separazione madre-neonato<sup>17</sup>
- Ritardo del primo episodio di allattamento<sup>18</sup>
- Integrazione del latte in polvere nel giro delle prime 48 ore<sup>1,9</sup>
- Allattamento al seno (o estrazione) <8 volte in 24 ore<sup>1,18-21</sup>
- Ulteriori fattori di rischio: problemi di alimentazione del neonato e uso eccessivo di ciucci<sup>1,9</sup>

Le madri primipare hanno il 30-40% in più di rischio di attivazione secretoria ritardata. La primiparità, combinata con uno qualsiasi degli altri fattori di rischio, espone queste donne a un rischio molto più elevato di volumi di latte inadeguati.<sup>1</sup>

## È essenziale adottare misure tempestive per ridurre al minimo l'impatto di queste condizioni sulla futura lattazione



### Protocollo standardizzato di allattamento per le «madri a rischio», che comprende:

Identificare le donne a rischio durante la gravidanza, best practice per un supporto alla lattazione tempestivo ed efficace per le donne con fattori di rischio.

**Informare le donne incinte e le famiglie sui seguenti aspetti:**<sup>9,22,23</sup> Le diverse fasi della lattazione, il processo di produzione del latte, i fattori di rischio associati all'attivazione secretoria ritardata, le best practice per garantire volumi di latte adeguati.

**La valutazione della lattazione prenatale deve essere effettuata a tutte le donne:**<sup>1,23</sup>

Eventuali fattori di rischio devono essere documentati e comunicati nel libretto di gravidanza, è necessario informare la donna in gravidanza e discutere della sua situazione.

- Per alcune madri, in presenza di condizioni di rischio, l'ottimizzazione della stimolazione del seno e lo svuotamento completo del seno attraverso l'uso dell'estrazione manuale, oltre all'allattamento al seno, possono essere necessari per consentire loro di raggiungere volumi di latte materno adeguati.<sup>1</sup>

- L'adozione di un approccio «aspetta e vedi» può comportare problemi con l'allattamento al seno precoce.



### Formare il personale sanitario sui seguenti aspetti:

<sup>21,24</sup> Le diverse fasi della lattazione, il processo di produzione del latte, i fattori di rischio associati all'attivazione secretoria ritardata, le best practice per garantire volumi di latte adeguati, come parte del protocollo di allattamento per le «madri a rischio».

### Iniziazione della lattazione:

<sup>1,18,21,25</sup> È stato dimostrato che favorire una stimolazione precoce, frequente e ottimale del seno, evitare ritardi nell'iniziazione, utilizzare i tiralatte ospedalieri che imitano la suzione del neonato aiutano le madri a raggiungere volumi di latte adeguati quando si verifica un'attivazione secretoria ritardata).

- Le donne che subiscono un ritardo dell'attivazione secretoria possono non essere in grado di sostenere l'allattamento esclusivo al seno a quattro settimane.<sup>2</sup>

- Le condizioni di rischio e l'attivazione secretoria ritardata devono essere utilizzate come marker clinico per identificare le donne che hanno maggiori probabilità di difficoltà e di interruzione precoce dell'allattamento al seno.<sup>2</sup>

## Scopri di più su come tutelare la produzione di latte per le madri con condizioni di rischio sul sito [medela.com/atrisk](http://medela.com/atrisk)

**Bibliografia:** 1 Hurst NM. J Midwifery Womens Health. 2007; 52(6):588-594. 2 Brownell E et al. J Pediatr. 2012; 161(4):608-614. 3 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 4 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025-1036. 5 Rasmussen KM, Kjolhede CL. Pediatrics. 2004; 113(5):e465-71. 6 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017; 33(4):684-691. 7 Wu J-L et al. Breastfeed Med. 2021; 16(5):385-392. 8 Kraut RY et al. PLoS One. 2017; 12(10):e0186591. 9 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003; 112(3):607-619. 10 Hobbs AJ et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16:90. 11 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 12 Grajeda R, Pérez-Escamilla R. J Nutr. 2002; 132(10):3055-3060. 13 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S-3015S. 14 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013; 69(4):828-839. 15 Thompson JF et al. Int Breastfeed J. 2010; 5:5. 16 Boies EG, Voucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11:494-500. 17 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89-97. 18 Salariya EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 19 Huang S-K, Chih M-H. Breastfeed Med. 2020; 15(10):639-645. 20 Furman L et al. Pediatrics. 2002; 109(4):e57. 21 Spatz DL et al. J Perinat Educ. 2015; 24(3):160-170. 22 Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. J Am Diet Assoc. 1999; 99(4):450-454; quiz 455-456. 23 Spatz DL. MCN Am J Matern Child Nurs. 2020; 45(3):186. 24 Gavine A et al. Int Breastfeed J. 2016; 12:6. 25 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493-499.